



# QUESTIONNAIRE DE SÉCURITÉ IRM

ÉTIQUETTE DU PATIENT

PARAPHE IRM :

Vous êtes sur le point d'entrer dans un champ magnétique puissant. La procédure est complètement sûre à condition de répondre complètement et correctement aux questions ci-dessous.

**Pour votre sécurité et celle de notre personnel :**

**Veillez laisser tous les objets métalliques ou magnétiques (montres, téléphones portables, cartes bancaires, clés, portefeuilles, prothèses dentaires, piercings, soutien-gorge, ceinture, etc.) dans le vestiaire.**

**Quel est votre poids (nécessaire pour régler le scanner IRM de manière optimale) :**

1 Quel est votre poids: ..... **KG**

<b>Avez-vous :</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
2	subi une intervention chirurgicale récemment (il y a moins de 6 semaines) ?		
3	un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur ? (indiquer le numéro de série et le type)		
4	une valve cardiaque en métal ? (indiquer le numéro de série et le type)		
5	un neurostimulateur ou un stimulateur vésical ?		
6	un implant d'oreille moyenne (implant cochléaire) ou une prothèse auditive externe ?		
7	une pompe anti-douleur ou une pompe à insuline ?		
8	un capteur de diabète ?		
9	eu un clip d'anévrisme ou une opération sur un vaisseau sanguin dans le cerveau ?		
10	un tatouage ou un maquillage permanent ?		
11	du matériel (prothèse, vis, etc.) ou un implant orthopédique ?		
12	un objet métallique dans l'œil ?		
13	une prothèse dentaire amovible ou magnétique ?		
14	de la claustrophobie ?		
<b>Si vous devez subir une IRM de l'épaule / du coude / du poignet / de la main / de la hanche / du genou /de la cheville / du pied :</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
15	Avez-vous déjà subi une opération dans cette partie du corps ? Si oui, quand ? ...../...../.....		
16	Si oui, de quel côté ? <b>GAUCHE</b> ou <b>DROIT</b>		
17	Avez-vous eu récemment un accident (sportif ou non) ?		
18	Souffrez-vous de rhumatismes connus ou de la goutte ?		
<b>Si vous subissez une IRM du cou ou du dos :</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
19	Avez-vous déjà subi une opération dans cette partie du corps ? Si oui, quand ? ...../...../.....		
20	Souffrez-vous de douleur rayonnante ? Si oui, <b>GAUCHE</b> ou <b>DROITE</b>		
21	Avez-vous eu récemment un accident (sportif ou non) ?		
<b>♀ Pour les patientes :</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
22	Êtes-vous (potentiellement) enceinte ?		
23	Allaitiez-vous ?		
<b>♀ Si vous subissez une IRM des seins :</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
24	Avez-vous déjà subi une opération dans cette partie du corps ? Si oui, quand ? ...../...../.....		
25	Prenez-vous un traitement hormonal ?		
26	Date de la dernière menstruation ? ...../...../.....		

**Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et exactes à la date de l'entretien.**

**SIGNATURE DU PATIENT :**